

## ईएनटी प्रश्नावली/ENT Questionnaire/耳鼻咽喉科 問診票

मरीज का नाम /Name of patient /患者氏名		केवल स्टाफ के लिए /For staff only /医療機関記入欄	BT= PR= BP= RR= SPO2=	°C मिनट/min./ 分 एमएमएचजी/mmHg मिनट/min./分 %
जन्म की तारीख /Date of birth /生年月日 (西暦)	वर्ष /Year/年 ( महीना /Month/月 /Year old/歳) दिन /Day/日 आयु			
ऊँचाई/वजन/Height/Weight/身長・体重	cm kg	लिंग/Sex/性別	पुरुष/Male/男性	<input type="checkbox"/> महिला/Female/女性
एलर्जी /Allergies/アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> खाना/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> दवा/Medicine/薬:			

आप किस भाग की जांच कराना चाहते हैं?/What part do you want to have examined?  
/今日は何の部位を診察ご希望ですか。

- कान/Ears/耳 →  दाएं/Right/右  बाएं/Left/左  दोनों/Both/両方  
 नाक/Nose/鼻 →  दाएं/Right/右  बाएं/Left/左  दोनों/Both/両方  
 गला/Throat/のど

यदि आपने "कान" को जांच को, तो लक्षण क्या है? (लागू होने वाले सभी को जांचें।)

/If you checked "Ear", what is the symptom? (Check all that apply.)

/「耳」を診られた方はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- कान में घंटियाँ बजना  
/Ringing in the ear  
/耳鳴り  
 कान का दर्द  
/Earache/耳が痛い  
 चक्कर आना  
/Dizziness/めまい  
 मुझे किसी अन्य क्लिनिक/अस्पताल द्वारा (या नियमित जांच के समय) आने की सलाह दी गई थी  
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)  
 अन्य/Other(s)  
/その他:
- सुनने में कठिनाई  
/Difficulty hearing  
/難聴  
 कान का बहना  
/Ear discharge  
/耳だれ  
 कान बंद होने का एहसास  
/Clogged ear feeling/耳閉感  
 अपने कान में विदेशी वस्तु का नाम लिखें  
/Write the name of the foreign object in your ear:  
/耳に入ったものを書いてください:

यदि आपने "नाक" चेक किया है, तो लक्षण क्या है? (लागू होने वाले सभी को जांचें।)

/If you checked "Nose," what is the symptom? (Check all that apply.)

/「鼻」に診られた方はどのような症状がありますか (複数ある方は複数☑してください。)

- नकसीर  
/Nosebleed/鼻血  
 बहती नाक  
/Runny nose/鼻水  
 तेज़ गंध  
/Strong smell/異臭  
 मुझे किसी अन्य क्लिनिक/अस्पताल ने (या नियमित जांच के समय) आने की सलाह दी थी  
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)  
 पराग से एलर्जी  
/Pollen allergy/花粉症  
 सूँघने में कठिनाई  
/Difficulty smelling  
/においがわからない  
 नाक बंद/Nasal congestion  
/鼻づまり  
 छींक आना/Sneezing  
/くしゃみ  
 खरटि  
/Snoring/いびき  
 नाक में कुछ फँस गया है  
/Something is stuck in the nose  
/鼻に物が入った  
\*अपनी नाक में विदेशी वस्तु का नाम लिखें:  
/Write the name of the foreign object in your nose:  
/鼻に入ったものを書いてください

यदि आपने "गले" की जाँच की है, तो लक्षण क्या है? (लागू होने वाले सभी को जाँचें।)

/If you checked "Throat," what is the symptom? (Check all that apply.)

/「のど」に診られた方はどのような症状がありますか (複数ある方は複数☑してください。)

- मुँह का अल्सर/Oral ulcer  
/口内炎  
 गले से खून निकलना  
/Bleeding from the throat/  
喉から血が出る  
 निगलने में कठिनाई  
/Difficulty swallowing  
/飲み込みにくい  
 कर्कश आवाज/Hoarse  
voice  
/声がかれる  
 जीभ का दर्द  
/Tongue pain  
/舌が痛い  
 गला खराब होना  
/Sore throat  
/のどが痛い  
 चेहरे या गर्दन की सूजन  
/Swelling of the face or neck/  
顔・首の腫れ  
 स्वाद विकार  
/Taste disorder  
/味覚異常  
 खाँसी/Cough/咳  
 कफ (बलगम)  
/Phlegm (mucus)/痰  
 गले में कुछ फँस गया है  
/Something is stuck in the throat  
/喉に物が引っかかっている  
\*अपने गले में पड़ी विदेशी वस्तु का नाम लिखें:  
/Write the name of the foreign object in your throat:  
/喉に引っかかっているものを書いてください  
 अपने गले में पड़ी विदेशी वस्तु का नाम लिखें:  
/Feeling like something is stuck in my throat  
/喉に物が詰まった感じ  
 मुझे किसी अन्य क्लिनिक/अस्पताल ने (या नियमित जांच के दौरान) यहाँ आने की सलाह दी थी/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)  
 अन्य/Other(s)  
/その他:

लक्षण कब शुरू हुआ?/When did the symptom start?

/上記症状はいつからありますか。

वर्ष/Year \_\_\_\_\_ महीना/Month \_\_\_\_\_ दिन/Day \_\_\_\_\_  
/年 /月 /日

लगभग इससे/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ पूर्वाह्न/am/अपराह्न/pm  
午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分ごろから

लक्षण कब उत्पन्न होता है?/When does the symptom occur?

/症状はどのような時に現れますか。

- सुबह  
/Morning/朝  
 दिन  
/Daytime/昼  
 संध्या  
/Evening/夕方  
 बिस्तर पर रहते हुए  
/While in bed  
/就寝中  
 जब जागे  
/When waking up  
/起床時  
 अनियमित  
/Irregular/不定期  
 अन्य/Other(s)  
/その他:

लक्षण कैसा है?/What is the symptom like?

/症状はどのような性質を持っていますか。

- स्थिर/Constant/絶え間なく、続いている  
 लक्षण धीरे-धीरे बिगड़ रहा है/The symptom is gradually worsening.  
/徐々にひどくなってきている  
 लक्षण आता है और चला जाता है/The symptom comes and goes.  
/症状が出たり消えたりしている  
 अन्य/Other(s)/その他:

क्या आप वर्तमान में विटामिन और पोषण संबंधी अनुपूरक सहित कोई दवा ले रहे हैं??

/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

 नहीं/No  
/いいえ

 हाँ/Yes  
/はい

\*हमें अपनी दवा या दवा रिकॉर्ड (नोटबुक) दिखाएं।/Show us your medication or medication record (notebook).

/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	औषधियों का नाम /Name of medications/お薬の名前	अपनी दवा कैसे लें या उपयोग करें /How to take or use your medication/飲み方・使い方		औषधियों का नाम /Name of medications/お薬の名前	अपनी दवा कैसे लें या उपयोग करें /How to take or use your medication/飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

क्या आप पहले किसी डॉक्टर की देखरेख में रहे हैं या रहे हैं?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?

/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

 नहीं/No  
/いいえ

 हाँ/Yes  
/はい

यदि आपने "हां" चेक किया है, तो सूची से स्थिति चुनें, और उस अस्पताल का नाम लिखें जहां आपने उपचार प्राप्त किया था।

/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.

/「はい」に印した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

रोग का नाम (निम्नलिखित सूची से संख्या लिखें) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	उपचार की प्रगति /Treatment progress/治療経過	अस्पताल का नाम /Hospital name/医療機関名
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療

&lt;रोगों की सूची/List of diseases/疾患リスト&gt;

रोग की प्रणाली /System of disease/疾患の系統	रोग के नाम /Disease names/疾患名
① पाचन रोग /Digestive disease /消化器系の疾患	a. पेटिक छाला /Peptic ulcer/消化器潰瘍 b. हेपेटाइटिस /Hepatitis/肝炎 c. यकृत सिरोसिस /Hepatic cirrhosis/肝硬化 d. अन्य/Others/その他
② परिसंचरण तंत्र रोग /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. उच्च रक्तचाप /Hypertension/高血圧 b. एंजाइना पेक्टोरिस /हृदयस्थीय रोगगलन /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. अतालता /Arrhythmia/不整脈 d. दिल की धड़कन रुकना /Heart failure/心不全 e. अन्य/Others/その他
③ श्वसन संबंधी रोग /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. दर्मा/ Asthma/喘息 b. लंबे समय तक फेफड़ों में रुकावट /Chronic obstructive pulmonary disease/慢性閉塞性肺疾患 c. प्यूमोनिया /Pneumonia/肺炎 d. फेफड़े का क्षयरोग /Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. अन्य/Others/その他
④ गुर्दे और मूत्र संबंधी रोग /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. विरकालिक गुर्दा निष्क्रियता /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. गुर्दे/मूत्र पथरी /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. मूत्र पथ के संक्रमण /Urinary tract infection /尿路感染症 d. अन्य/Others/その他
⑤ मस्तिष्क और तंत्रिका तंत्र रोग /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. मस्तिष्क रोगगलन /Cerebral infarction /脳梗塞 b. मस्तिष्कीय रक्तस्राव /Cerebral hemorrhage /脳出血 c. मिर्गी /Epilepsy/てんかん d. अन्य/Others/その他
⑥ अंतःस्रावी या चयापचय रोग /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. मधुमेह /Diabetes mellitus /糖尿病 b. हाइपरलिपेडिमिया /Hyperlipidemia /高脂血症 c. थायरॉइड ग्रंथि की खराबी /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. हाइपरयूरिसेमिया /Hyperuricemia/高尿酸血症 e. अन्य/Others/その他
⑦ हड्डी या मांसपेशियों का रोग /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. रूमेटाइड गठिया /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. ऑस्टियोपोरोसिस /Osteoporosis /骨粗鬆症 c. पुराने ऑस्टियोआर्थराइटिस /Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. हर्नियेटेड इंटरवर्टेब्रल डिस्क /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. गठिया/Gout/痛風 f. अन्य/Others/その他
⑧ प्रसूति एवं स्त्री रोग /Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. गर्भाशय फाइब्रॉइड /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. कष्टतंत्र /Dysmenorrhea /月経困難症 c. बांझपन /Infertility/不妊症 d. अन्य/Others/その他
⑨ नेत्र रोग /Eye disease/眼の疾患	a. मोतियाबिंद /Cataract/白内障 b. आंख का रोग /Glaucoma/緑内障 c. रेटिनोपथी /Retinopathy/網膜症 d. अन्य/Others/その他
⑩ मैलिग्नैट ट्यूमर /Malignant tumor/悪性腫瘍	a. आमाशय का कैंसर /Stomach cancer /胃がん b. पेट का कैंसर /Colon cancer /大腸がん c. यकृत/पित्ताशय/अग्राशय कैंसर /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. स्तन कैंसर /Breast cancer/乳がん e. गर्भाशय कर्करोग /Uterine cancer /子宮がん f. फेफड़े का कैंसर /Lung cancer/肺癌 g. अन्य/Others/その他
⑪ मानसिक रोग /Mental disease/精神の疾患	a. अवसाद/Depression /うつ病 b. एक प्रकार का मानसिक विकार /Schizophrenia /統合失調症 c. अन्य/Others/その他
⑫ ईएनटी रोग /ENT disease/耳鼻科の疾患	a. बिगड़ी सुनवाई /Impaired hearing/難聴 b. चक्कर आना /Dizziness/めまい c. कान का शोर /Ear noise/耳鳴 d. पराग से एलर्जी /Pollen allergy/花粉症 e. अन्य/Others/その他
⑬ रक्त रोग /Blood disease/血液の疾患	a. रक्ताल्पता/Anemia/貧血 b. लैकेमिया /Leukemia/白血病 c. अन्य/Others/その他
⑭ त्वचा रोग /Skin disease/皮膚の疾患	a. ऐटोपिक डरमेटिटिस /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. टीनिया (एथलेट फुट) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. अन्य/Others/その他

क्या आपने कभी सर्जरी करवाई है?/Have you ever had surgery?  
/今までに手術をしたことがありますか。

- नहीं/No /いいえ  हाँ/Yes /はい यदि आपने "हां" चेक किया है, तो अपनी सर्जरी का इतिहास लिखें।  
If you checked "Yes", write the history of your surgery. /  
"हां" को चिह्नित करने वाले को नीचे में अपने सर्जरी का इतिहास लिखें।

रोग के नाम/Disease names /疾患名	आपकी सर्जरी का नाम /Name of your surgery/手術名	जब आपकी सर्जरी हुई थी /When you had the surgery /手術をした時期	अस्पताल जहां आपकी सर्जरी हुई थी/Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

\*यदि आप सर्जरी की सटीक तारीख के बारे में निश्चित नहीं हैं, तो वर्ष या उम्र लिखें।/If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.  
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

क्या आप नियमित रूप से धूम्रपान करते हैं?/Do you smoke regularly?  
/習慣的に、たばこを吸いますか。

- नहीं/No /いいえ  हाँ/Yes /はい  धूम्रपान करता था/Used to smoke /以前吸っていた

सिगरेट का सेवन/Cigarette consumption/喫煙量	धूम्रपान की अवधि/Duration of smoking /喫煙期間	वह वर्ष जब आपने धूम्रपान बंद किया/Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
सिगरेट/दिन cigarettes/Day 本/日	_____ वर्ष/Year/年	_____ वर्ष/Year/年 _____ माह/Month/月

\*यदि आपको अभी भी धूम्रपान की आदत है, तो जिस वर्ष आपने धूम्रपान छोड़ा था, उस वर्ष के बारे में प्रश्न में एक खाली छोड़ दें।  
/If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.  
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

क्या आप नियमित रूप से शराब पीते हैं?/Do you drink regularly?  
/習慣的にお酒を飲みますか。

- नहीं/No /いいえ  हाँ/Yes /はい  नियमित रूप से शराब पीता था/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> बियर/Beer/ビール _____ एमएल /दिन/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> व्हिस्की/Whisky/ウイスキー _____ एमएल /दिन/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> जापाना साक /Japanese sake/日本酒 _____ एमएल /दिन/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> शराब/Wine/ワイン _____ एमएल /दिन/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> अन्य/Other(s)/その他 _____ एमएल /दिन/ml /Day/日	

यदि महिला है, तो नीचे दिए गए प्रश्नों के उत्तर दें। क्या आप गर्भवती हैं, या संभवतः गर्भवती हैं?

/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?  
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- नहीं/No /いいえ  हाँ/Yes /はい  नहीं जानतीं/Do not know/わからない

क्या आप स्तनपान करा रही हैं?/Are you breastfeeding?  
/現在、授乳中ですか。

- नहीं/No /いいえ  हाँ/Yes /はい

यदि परामर्श के संबंध में आपका कोई विशेष अनुरोध है, तो बॉक्स को चेक करें।

/If you have a special request concerning the consultation, check the box.

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- मैं अपने अनुमानित चिकित्सा खर्चों के बारे में पहले से सूचित होना चाहता हूँ  
/I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。  
 यदि दुभाषिया सेवा उपलब्ध है तो मैं एक दुभाषिया रखना चाहता हूँ  
/I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。  
 अन्य/Other(s)/その他 :